参加辞退届

**様式６**

令和　　年　　月　　日

北九州市長　武内　和久　様

住　所

商号又は名称

代表者

在宅医療支援研修業務委託事業者選定に関する公募型プロポーザルへの参加を辞退します。

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 事業所所在地  （担当者在籍） |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  |

※参加辞退届の日付は提出日を記載してください。

※様式に従い必要事項を記載し、押印してください。